



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan jeg som helsepersonell, med utgangspunkt i brukermedvirkning og systemisk forståelse, møte den tvangsinnlagte på en slik måte at minst mulig tvang blir brukt?

Siri Johnsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 24. april 2014



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjell Erik Tveten

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato:

Antall ord:10622

Sammendrag

Tema for denne oppgaven er *Tvangsinnlagte og brukervedvirkning*. Jeg har i denne oppgaven valgt å se på hvordan jeg som helsearbeider kan møte tvangsinnlagte pasienter på en best mulig måte. Hvordan påvirker min tilnærming relasjonen? Ønsket er å se om en ved bruk av systemisk perspektiv kan møte pasientene på en slik måte at de føler seg verdsatt, og får følelsen av medbestemmelse i egen hverdag. Problemstillingen blir som følgende:

Hvordan kan jeg som helsepersonell, med utgangspunkt i brukervedvirkning og systemisk forståelse, møte den tvangsinnlagte på en slik måte at minst mulig tvang blir brukt?

Etter å ha presentert aktuell teori og empiri, diskuteres problemstillingen opp mot to forskjellige møter mellom meg og pasienten, Hilde.

Hovedfunnene, etter å ha jobbet med denne oppgaven, er at jeg ser viktigheten av hvordan en møter enhver pasient. Det kan virke som den autoritære gammeldagse måten å nærme seg pasienten på, der en som helsearbeider «vet best» hva pasienten trenger, sjelden fører frem. Ved å være for streng og rigid i vår rolle som helsearbeider, kan vi fort stenge for god relasjonsbygging. Konfliktnivået kan også øke. I verste fall kan det ende med tvangstiltak overfor pasienten. Det blir viktig å la pasienten få fram sine synspunkt, der en som helsearbeider inntar en «ikke-vitende» rolle. Selv om vi som behandlere innehar en faglig og klinisk erfaring, bør vi ikke glemme at det er pasienten som er «eksperten på seg selv». Jeg tenker at et godt resultat forutsetter et likeverdig samarbeid mellom pasient og hjelper.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Litteratursøk	1
2.0	Teori	3
2.1	Tvangsinnleggelse	3
2.2	Tvangstiltak.	4
2.2.1	Hvordan påvirker tvang?.....	5
2.2.2	Forebygging av tvang og tvangstiltak.	5
2.3	Brukermedvirkning.	6
2.4	Miljøterapi.	7
2.5	Etikk	8
2.6	Systemteori og systemisk perspektiv	9
2.6.1	1. ordens kybernetikk	9
2.6.2	2. ordens kybernetikk	10
2.6.3	Punktuering	10
2.6.4	Kommunikasjon og relasjon.	10
2.6.5	Systemisk intervjumetodikk.....	12
2.6.6	Nettverk.....	13
3.0	Empiri	15
3.1	Hilde	15
3.2	1. møte med Hilde.	15
3.3	2. møte med Hilde.	16
4.0	Diskusjon.....	18
4.1	Hvordan ble møtene med Hilde?.....	18
4.2	Hvordan kunne møtene med Hilde ha vært?	22
4.3	Veien videre?.....	25
5.0	Konklusjon.....	26
	Litteraturliste:	28

1.0 Innledning

Da jeg jobber som miljøterapeut i en avdeling for Akuttpsykiatri kommer jeg ofte bort i problemstillinger der pasientene er innlagt på tvang, og at de må forholde seg til avdelingens rammer. I tillegg ser jeg for meg at personalets holdninger og handlinger kan påvirke hvordan et opphold på avdelingen blir. Slik jeg ser det, sitter vi som helsearbeidere i Akuttpsykiatrien med mye makt. Til tider har jeg inntrykk av at våre rammer, i form av husregler, samt holdninger og handlinger, gjør at pasientene blir pålagt flere tvangstiltak enn nødvendig.

Det er mange ganger jeg sitter igjen med spørsmålet om jeg kunne ha gjort ting annerledes; fikk pasienten muligheten til å ta et valg til tross for de rammene vi har? I denne oppgaven velger jeg å begrense meg til de som er tvangsinnlagt. De som er innlagt mot sin vilje, har ofte en alvorlig psykisk lidelse, og det er ofte de som har de strengeste rammene rundt seg i en avdeling. Ofte blir det opprettet tvangstiltak innad i avdelingen, i tillegg til det å være innlagt mot deres vilje. Jeg tenker at det derfor er viktig å la disse pasientene få være med på de små avgjørelsene i hverdagen, der det er mulig. Og om de må begrenses på enkelte områder; hvor gode er vi til å møte pasienten med respekt og anerkjennelse? Kan vi klare å unngå en del bruk av tvang ved måten vi møter pasientene på?

Jeg er altså opptatt av hvordan vi som helsepersonell kan gi tvangsinnlagte pasienter medvirkning i hverdagen, og på den andre siden grensesette på en respektfull måte, der det er nødvendig. Ut fra disse tankene har jeg kommet frem til temaet **Tvangsinnlagte og brukarmedvirkning**. Problemstillingen lyder:

Hvordan kan jeg som helsepersonell, med utgangspunkt i brukarmedvirkning og systemisk forståelse, møte den tvangsinnlagte på en slik måte at minst mulig tvang blir brukt?

1.1 Litteratursøk

Jeg startet med godt mot på databasen Norart og Medline, med søkeordene «user participation» og «psychiatric ward». Dette fikk jeg ingen treff på. Etter litt frem og tilbake

i de ulike databasene, der jeg ikke fikk treff når jeg prøvde å søke på utenlandske artikler, gikk jeg inn på Google Scholar. Da jeg brukte søkeordene «brukermedvirkning i avdeling», fikk jeg opp forskjellige alternativer. Jeg har valgt meg ut flere masteroppgaver som omhandler temaet jeg skriver om. I disse masteroppgavene fikk jeg også tips om annen litteratur som var av interesse.

2.0 Teori

Som en innledning vil jeg skrive litt om hva lovteksten sier om det å være tvangsinnlagt, tvangstiltak som kan settes i verk, og hva det kan gjøre med pasienter som opplever tvang. Deretter tar jeg for meg begrepene brukervedvirkning, miljøterapi og etikk. Noe av forskningen jeg har benyttet meg av i denne oppgaven belyser begge sider av begrepet brukervedvirkning. På den ene siden blir det sagt noe om hva helsearbeidere legger i begrepet, og hva som kan fremme eller hemme graden av brukervedvirkning. På den andre siden belyses begrepet ut fra pasienters opplevelser av hva som er viktig.

Miljøterapi tenker jeg har en såpass stor rolle i den daglige behandlingen, at det var naturlig å ta med. Det etiske aspektet i det å behandle pasienter på tvang kommer en som helsearbeider ikke utenom, derfor tar jeg også med litt om det. Til slutt presenterer jeg relevant teori ut fra et systemisk perspektiv. Begrepet kybernetikk står sentralt i det systemiske perspektivet, og det skilles mellom 1. og 2. ordens kybernetikk. I 1. ordens kybernetikk tenker en at «systemet skaper problemet». Dette var et mer vanlig syn i den eldre familieterapien. I nyere familieterapi, heller en mer mot 2. ordens kybernetikk, der en tenker at «problemet skaper systemet». En er opptatt av at språk er makt, og at problemet ligger i relasjonen mellom de ulike aktørene i et system. Det er kommunikasjonen mellom de involverte i et system som kan skape endring.

2.1 Tvangsinnleggelse

I følge lov om psykisk helsevern, krever det å være innlagt på tvang, strenge juridiske regler. Det er heldigvis ikke slik i det norske helsevesenet, at en kan ta såpass inngripende avgjørelser i noens liv, uten at det skal vurderes nøye av flere instanser. Om en pasient blir innlagt på tvang, har vedkommende også et organ som ivaretar deres interesser. Det er kontrollkommisjonen, som kort fortalt påser de at alt det juridiske er på plass under en tvangsinnleggelse. Finner de at der ikke er grunnlag for å bruke tvang, kan de overprøve de instanser som har vurdert pasienten, og si at vedtakene ikke er gyldige.

Det er § 3-2 og § 3-3 i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (PHVL), som er mest brukt med hensyn til tvangsinnleggelser i akuttpsykiatrien.

§ 3-2, regulerer vedtak om tvungen observasjon. Dette er en paragraf som blir benyttet når det er mistanke om alvorlig psykisk lidelse eller at pasienten er til fare for seg selv eller andre. For å benytte denne paragrafen, skal frivillighet ha vært prøvd.

Pasienten skal også undersøkes av to leger, hvorav den ene må være uavhengig av den ansvarlige institusjonen. Tvungen observasjon kan ikke vare utover ti dager. Innen den tid må det være tatt en vurdering av en psykiater om det er grunnlag for å ha pasienten innlagt lenger. Om det finnes et slikt grunnlag, blir pasienten oftest overført til behandling i henhold til lovens § 3-3.

§ 3-3 regulerer vedtak om tvungen psykisk helsevern. I de tilfellene denne paragrafen blir brukt, har de faglig ansvarlige konkludert med at vedkommende har en alvorlig psykisk lidelse, og at tvungen psykisk helsevern er nødvendig. Dette for å hindre at vedkommende på grunn av sin psykiske lidelse, enten reduserer bedring av sin psykiske helse, eller er til fare for seg selv eller andre. (*Helse – og omsorgsdepartementet, 1999*)

2.2 Tvangstiltak.

Kapittel 4 i Psykisk helsevernloven omhandler tvangstiltakene som kan gjennomføres mot pasientens samtykke, dersom behandler finner det nødvendig.

Skjerming er det tiltaket som kanskje er mest benyttet. Skjermingsvedtak kan fattes dersom pasienten har en atferd som tilsier at vedkommende trenger å bli skjermet fra stimuli, eller er til sjenanse for de andre pasientene. Det vil si at pasienten får et rom som har strengere regler for hva som ellers er tillatt, og som ligger skjermet fra de andre pasientene.

Om pasienten er så urolig og truende i sin atferd at vedkommende er til fare for seg selv eller andre, kan mekaniske tvangsmidler som for eksempel belter eller belteseng brukes. Slike akutte tiltak, går under begrepet nødrett, og reguleres i Straffeloven. Det blir ikke regnet som terapeutisk behandling, da det kun brukes for å unngå skade.

I kapittel 4-2, Vern om personlig integritet, kommer det klare hentydninger på at pasienten skal få være med å påvirke sin hverdag til tross for ulike innstramminger.

2.2.1 Hvordan påvirker tvang?

Knutzen (2014) er opptatt av hvordan bruken av tvangsmidler kan påvirke pasientene, både på kort og lang sikt. Hun nevner blant annet at relasjonen mellom pasient og personale kan påvirkes negativt ved inngripen mot pasientens vilje, og at dette da påvirker behandlingen videre. Hun trekker også frem det at pasienten både kan få psykiske og fysiske skader av å utsettes for tvang. For de fleste pasienter kan det å bli beltelagt være ganske traumatisk, og gjøre uslettelige inntrykk. Fysiske skader Knutzen trekker frem som følge av å ligge i belteseng, er for eksempel lungebetennelse og blodpropp. Dette fordi pasienten blir liggende immobil over tid. En annen ting hun trekker frem er det med krenkelse. Det å for eksempel bli beltelagt, kan være nedverdiggende for pasienten. En blir på en måte blottlagt, og en har ingen mulighet til å trekke seg tilbake, da personalet må ha pasienten under kontinuerlig tilsyn. Til slutt drar hun frem dette med at tvang kan vanskeliggjøre ivaretagelsen av egne grunnleggende behov for pasienten. Det lar seg for eksempel vanskelig gjøre å ta vare på personlig hygiene dersom pasienten ligger i belteseng. Pasienten blir på en måte prisgitt personalet som er hos vedkommende.

Gamme (2011) hevder at pasienter som er underlagt skjerming har lite muligheter for medvirkning og deltagelse under egen behandling. Det ble beskrevet fra informantene at de kjenner på en avmakt. Avmakten ble beskrevet med uttalelser som: «ingen påvirkningsmuligheter», «Helt utlevert til personalet», og «ingen myndighet»

2.2.2 Forebygging av tvang og tvangstiltak.

Bjørgen m.fl (2014) nevner det med å kjenne seg trygg som en viktig faktor i forebygging av tvang. Spesielt i psykose har pasientene behov for å kjenne seg trygge. At noen kanskje holder i hånden. Generelt nevnes det at det savnes forståelse for annerledeshet. Det kommer frem at synet på pasienten påvirker bruken av tvang. Er de ansatte informert om at pasienten kan være utagerende, er sjansen også større for at tvang blir brukt.

Det nevnes videre at kompetanseheving blant helsepersonell, der også legesiden må få erfaring nok, er med på å redusere bruken av tvang. Det nevnes også at en god relasjon mellom helsepersonell og pasient har en større betydning enn regler og fysiske tiltak.

2.3 Brukermedvirkning.

Myklebust (2010) hevder at brukermedvirkning i større grad er mulig å benytte når der er mindre regler å forholde seg til. Informantene er klare på at de har større frihet til å få til brukermedvirkning ute i en kommune vs. en sykehusavdeling med mange regler.

I følge Helsedirektoratet (2013), er brukermedvirkning en lovfestet rettighet, så det er ikke noe en som helsepersonell kan velge å forholde seg til, eller ikke. Det har stor betydning for pasientene at de får ta del i viktige behandlingsavgjørelser, og motta hjelp på egne premisser. Det å bli sett og respektert, har også stor betydning. Det at brukeren kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, kan være med på å påvirke selvbildet positivt. Dette kan igjen påvirke motivasjonen i behandling. Helsedirektoratet sier videre at det viktigste i møte med brukeren er kommunikasjon. Er en usikker på noe må man som helsepersonell spørre! En skal ikke anta at en har oppfattet hva pasienten har snakket om. Hjelpeapparatet har fagkunnskapen, ja, men brukeren er eksperten på seg selv og sine behov. Helsedirektoratet er åpne for at vi kanskje må tenke nytt, for å få til et best mulig samarbeid. De trekker frem ulike punkt som må til for å få til et godt samarbeid: Pasientene må føle at de blir tatt på alvor, blir behandlet med respekt, føler tillit og trygghet og få hjelp når behovet er der.

Siegwarth (2012) hevder at det historisk sett er tradisjon for at den paternalistiske holdningen, der helsepersonell vet hva som er best eller tror de vet hva som er best for pasientene, har regjert i helsevesenet her til lands. Paternalisme kan på mange måter sees på som det motsatte av brukermedvirkning. Hun skriver videre at det nå er på sin plass med en ny forståelse på hvordan rollen som helsepersonell skal forbindes med begrepet *brukermedvirkning*. Den nye forståelsen ligger i forholdet mellom partene, og ligger i maktforskyvning *fra* helsepersonell *til* pasient. Dette er også noe som kommer frem i hennes forskning, der hun har spurt pasienter om hva som kan fremme og hemme bedringsprosesser. Informantene har trukket frem det med asymmetrisk relasjon når de kommer inn i avdeling, som en faktor. Som en informant uttalte: «*Det kan hindre bedring fordi der er en som skal behandles, og så er den andre den som behandler. Der blir en skjevhet i verdighet på en måte*». (Siegwarth, 2012, s. 28).

Bergesen (2010) skriver om hvordan helsepersonell ser på begrepet brukermedvirkning og hvordan det fungerer i praksis. Hovedfunnene i hennes undersøkelse var at brukermedvirkning som begrep var kjent, men at forståelsen av hva det innebar, virket mer uklart. Det var enighet blant informantene om at det var en utfordring når det gjaldt holdninger til brukermedvirkning i avdeling. Det kom også frem at brukermedvirkningen sank i omfang når der manglet ressurser, og da var særlig mangel på fagpersonell tatt med. Faglig kompetanse øker altså graden av brukermedvirkning, hevder hun avslutningsvis. Hun trekker også frem at det er et dilemma når det gjelder brukermedvirkning versus beskyttelse. Det kommer frem at brukermedvirkning påvirkes av pasientens psykiske tilstand og hvor stor sykdomsinnsikt pasienten har.

Vatne (1998) trekker også frem dette med at utfordringene ligger i tradisjonene innen helsevesenet, der hjelperen har vært den aktive, og pasienten har vært i den passive rollen. Hun sier endringer må til, og da er det holdninger i relasjonen som må endres. I det ligger det at vi bør ta med pasienten mer i samarbeidet om pasientens behandling.

2.4 Miljøterapi.

Bergesen (2010) skriver at miljøterapi utgjør en viktig del av behandlingen av pasienter som er innlagt i psykiatrisk avdeling. Fokuset ligger i relasjonen mellom mennesker, der også omgivelsene har stor betydning. Det dreier seg om postkultur, holdninger, de fysiske rammene, og skapes av de som samhandler innenfor disse rammene. Det er alltid den faglige vurderingen av pasientene som ligger til grunn for de individuelle behandlingstiltakene som settes i verk. Stikkord som benyttes når slike tiltak settes i verk, er: *Beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring*. Måltrettet grensesetting er et eksempel på terapeutiske funksjoner.

Andersen (1998) skriver at miljøterapi tar utgangspunkt i hverdagens aktiviteter. Og at det er samhandling i, og tilrettelegging av disse aktivitetene som fremmer utvikling hos pasientene. Miljøterapi kan variere fra sted til sted, alt ettersom hvordan organisasjonen har tolket begrepet. Miljøterapi er en helhetstenkning, og som miljøterapeut må en kunne veksle mellom de ulike gjøremålene i løpet av en dag; Alt fra tannpuss til behandlingsmøter. En må forholde seg til hele systemet rundt pasienten. Det kan være alt

fra pasienten, kollegaer, familien osv. Som terapeut samhandler en med pasienten, for så å reflektere over det en gjorde. På denne måten skapes endring og utvikling. Dilemmaet til en miljøterapeut, blir ofte det at det favner for mye. Ideene om utvikling og endring, kan forsvinne i alt det daglige maset. Innad i en institusjon blir det derfor feil å kalle alt en gjør for miljøterapi, hevder Andersen, avslutningsvis.

Bjørkly (1997) tar for seg miljøterapi blant aggressive pasienter. Han er opptatt av at behandlingstiltakene rundt disse pasientene skal være organiserte og strukturerte. Det er viktig at pasientene kan stole på at helsepersonell rundt seg, kan samhandle om å avverge aggressiv atferd på en måte som er sikker for alle parter. Han skriver videre at det er mest hensiktsmessig å gi alternativer, uavhengig av atferd, heller enn å sette i verk tiltak som en direkte følge av atferd. På den måten kan pasienten utvikle seg best i riktig retning. Bjørkly nevner spesielt mestringstrening som et terapeutisk tiltak. Han tenker da på å trene pasienten i grunnleggende sosial kompetanse, bygge opp selvhevdelsesferdigheter, styrke evnen til å endre eller unngå visse situasjoner, og til sist trene seg på å holde ut vanskelige situasjoner. Han tenker at ved å styrke disse punktene, kan det være med på å hindre aggressiv atferd.

Husum (2014) nevner det med terapeutisk mestring av aggresjon (TMA) som en metode for å redusere bruken av tvang. Metoden legger vekt på å forebygge aggresjon. Videre blir det lagt vekt på å forhindre eskalering av situasjoner, og løse opp situasjoner. I tillegg skal en kunne håndtere en utageringssituasjon på en korrekt måte, slik at det reduserer skader på pasient. TMA er tilpasset sykehusets hverdag, og regnes for å være en av årsakene til at bruken av tvang og tvangsmidler har gått ned siden 90-tallet.

2.5 Etikk

Østby (2012) hevder etikk for oss i helsevesenet, er å gi best mulig helsehjelp OG samtidig ivareta pasientens verdighet, integritet, selvbestemmelse og trygghet. Hun hevder videre at det etiske dilemmaet ligger i OG'et. Utfordringen ligger i å finne en håndterbar balanse. Yrkesetiske retningslinjer kan kanskje gi oss noen hjelpemidler, men ulike rammer som vi må forholde oss til, skaper også dilemmaer. Uansett er det hvordan vi som yrkesutøvere bruker etikken i hverdagen som blir viktig. Det at vi reflekterer over dilemmaene, og er bevisste våre egne holdninger og handlinger er av betydning:

- Behandler jeg pasienten med verdighet?
- Forholder jeg meg til pasienten som en likeverdig?
- Anerkjenner jeg pasientens følelser og behov, rettigheter, egenskaper og væremåte, samtidig som jeg ikke glemmer min plikt til å gi omsorg?
- Hva eller hvordan er det å være den som mottar helsehjelp?
- Klarer jeg å opprettholde en nærhet samtidig som jeg holder distanse?

2.6 Systemteori og systemisk perspektiv

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Systemisk perspektiv som psykotераpeutisk tilnærming. Dette fordi relasjonen mellom pasient og terapeut står sentralt her. Vi kan se på pasient-terapeut relasjonen som et system, og i systemisk perspektiv er det fokus på systemet. Er der et problem, er det ikke et medlem av systemet som har problemet, men hele systemet som eier problemet.

Haugsgjerd m.fl. (2009) hevder det er de sosiale interaksjonene som blir vanskelige og dermed skaper et problem. Altså blir det måten terapeuten og pasienten samhandler, som blir viktig. Det er det som blir sagt i samtalen som kan skape endring. Det handler om å forsøke å forstå det som blir sagt mellom mennesker og den situasjonen de befinner seg i. All relasjon er kontekstuell.

2.6.1 1. ordens kybernetikk

Ifølge Berg(2013) brukes begrepet kybernetikk innen systemisk perspektiv. Han viser da til hvordan et system bruker kontrollmekanismer for å opprettholde likevekt i et system. Man bruker tidligere erfaringer til å opprettholde balanse. Vitenskapelig sett, går dette i en positivistisk retning. Det vil si at en tenker at der er en årsak- virkning; at der er en sannhet om problemet. Innen vitenskapen kalles dette 1. ordens kybernetikk.

Når en så snakker om å være i en *1. ordens posisjon*, er det terapeuten en sikter til. Da kommer terapeuten i en ekspertrolle. En bruker sine tidligere erfaringer og kunnskap til å skjønne problemet, og en har som regel allerede en hypotese om hvordan ting er. Det er her lett å få ideer om hvordan en skal løse det en ser på som problemet. Endringer kommer

som følge av at terapeuten kommer med råd. Det er da ifølge Berg snakk om en *1. ordens endring*. Denne måten å møte systemet, ligger mer forankret i den eldre familiterapien.

2.6.2 2. ordens kybernetikk

Berg (2013) bruker også begrepet 2. ordens kybernetikk. Det går mer mot den hermeneutiske tenkningen innen vitenskapen. Hermeneutikken har retning mot at det ikke finnes bare *en* sannhet, men at det finnes utallige sannheter om et problem. Like mange sannheter som der finnes medlemmer av et system. Berg sier videre at 2. ordens kybernetikk har vitenskapelig forankringer innen sosialkonstruksjonismen. Kort oppsummert betyr det at virkeligheten skapes i kommunikasjon mellom mennesker.

Innen nyere systemteori er en mest opptatt av *2. ordens posisjon*. Da kommer en som terapeut inn med en holdning som er så «ikke-vitende» som mulig. En skal være så nøytral en kan, med en holdning som sier at hver og en av medlemmene av et system har sin forståelse av verden. Tomm(2000) er opptatt av at en som terapeut skal være en del av samtalerapien. Terapeuten skal altså bidra på lik linje med alle som er i samtalen, for om mulig, skape en endring. Grunn-ideen er å skape en sirkulerende kommunikasjon, som skaper ny mening, og dermed nye historier. Dette blir da ifølge Berg en *2. ordens endring*.

2.6.3 Punktuering

Haugsgjærd, m.fl.(2009) hevder problemet i et system oppstår når der skjer en punktuering. Det vil si når de ulike partene i et system drar ut en del av deres situasjon, og forklarer problemet ut fra egne referanserammer. Et eksempel på dette er at i et familiesystem sier mor «Når mannen min drikker blir jeg deprimert». Far sier: «Når kona mi trekker seg unna, blir jeg usikker, og da drikker jeg mer» Sønnen sier: «Når pappa drikker, blir jeg så sint på han» Datteren sier: «Når pappa drikker blir mamma lei seg, og da blir jeg engstelig for henne». Det er altså like mange synspunkt og meninger, som det er personer i et system, hevdes det.

2.6.4 Kommunikasjon og relasjon.

Ordet kommunikasjon stammer fra det Greske ordet *communicare*, som betyr «å gjøre felles» I dette ligger det at mening blir skapt i fellesskap. I kommunikasjon må vi både se på innholdet og samspillet. (Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen, 2012)

Nielsen og Von Der Lippe(1993) nevner også kommunikasjon som en måte å beskrive og forstå relasjonen mellom mennesker. Det sies at all atferd har en kommunikasjonsverdi, og at all kommunikasjon har et budskap og et metabudskap. Med metabudskap menes det at der er et budskap om hvordan det som kommuniseres skal oppfattes. All kommunikasjon har et innholdsplan og et relasjonsplan. På et relasjonsplan definerer avsender sitt forhold til mottaker. Hvordan relasjonen oppfattes, kommer an på hvordan de som kommuniserer, punktuerer. Altså hvordan de trekker ut deler i samtalen som har betydning for dem.

Språket mellom to aktører kan både være symmetrisk og komplementært. Med et symmetrisk språk menes det at det er en likhet og likeverdighet. I et slikt forhold kan der ofte bli konkurranse. Det kan være både utviklende og slitsomt. I et komplementært samspill, er aktørene ulike. Slike relasjoner utfyller hverandre eller har ulik maktbalanse. Det er sjelden det kun er det ene eller det andre. Oftest er det begge deler til ulik tid. All kommunikasjon skjer i en kontekst som bidrar til å bestemme hvordan det vi sier blir oppfattet.

I følge Haugsgjærd m.fl (2009) benytter Watzlawick begrepene digital og analog kommunikasjon. Dette for å beskrive to nivåer i kommunikasjon. Den digitale kommunikasjonen består av verbal kommunikasjon, altså alt vi sier til hverandre. Vi kan også tenke digitalt. Vi tenker oftest ut noe før vi uttrykker det. Den analoge kommunikasjonen er alt det som ikke sies med ord. Det kan være kroppsspråk, kroppsholdning, tonefall, rytme og lignende. Den analoge kommunikasjonen er med på å skape kontekst for det digitale budskapet. Den digitale kommunikasjonen går alltid parallelt med den analoge kommunikasjonen. Det som blir sagt, blir alltid sagt på en spesiell måte. Relasjonen mellom to personer defineres oftest ut fra *hvordan* noe blir sagt, heller enn hva som blir sagt, hevdes det.

Røknes og Hanssen(2012) er opptatt av at vi, som profesjonelle, må lære oss å kommunisere på en hensiktsmessig måte. Refleksjon over det som skjer mellom pasient og hjelper er også noe de er opptatt av. Det er av stor betydning at der er en samhandling og kommunikasjon mellom partene som er solid. En kan på den måten øke forståelsen for hverandre og en kan få en felles opplevelse av situasjonen.

Eide m.fl.(2003) skriver at et møte med et annet menneske aldri kan være nøytralt i en moralsk mening, men at der alltid vil være tilstede en mulighet til både å fremme og hemme et annet menneskes livsutfoldelse. Dette innebærer at et møte alltid er preget at vi har makt over hverandre. De skriver videre at om en er interessert i et annet menneske, bør en møte det med tilbakeholdenhet. Om en ikke er tilbakeholden, innebærer det å redusere friheten til den andre, og gjøre den andre mindre enn den er. Det er derfor viktig at vår iver etter å bruke egne erfaringer for å forstå den andres beste, blir holdt tilbake.

Siegwarth (2012) hevder at det å bli snakket til på en ordentlig måte er viktig.

Informantene sa ifølge Siegwarth at «*Vi har en iboende sunnhet som må lirkes frem. Og bli snakket normalt til. Ikke som en pasient.....*»(Siegwarth, 2012, s. 25) I dette ligger det at alle mennesker har behov for å være som «alle andre»; bli inkludert. Vise at en har mange andre egenskaper, og ikke bli redusert til en diagnose. En annen informant beskrev det med samspill i dialogen, der både pasienten og personalet veksler med å si noe, som et viktig punkt i bedringsprosessen. Det skaper tillit når en pasient får tid i samtale, hevder Siegwarth videre.

2.6.5 Systemisk intervjumetodikk

Tomm(2000) er opptatt av at vi som terapeuter skal være bevisste på hvilke spørsmål vi stiller til pasientene. Når en som terapeut skal være i et system og kommunisere, finnes der flere kategorier med spørsmål en kan bruke som redskap. En kan bruke de ulike spørsmålskategoriene alt ettersom hva en er ute etter. Noen spørsmål stiller en for å orientere seg om systemet. Andre spørsmål kan en stille for å påvirke systemet. Tomm delte spørsmålene inn i fire kategorier. Lineære og sirkulære som er av orienterende og utforskende art. Strategiske og refleksive som er av påvirkende art, og som kan skape endring.

2.6.5.1 Lineære spørsmål.

Berg(2013) hevder det kan være hensiktsmessig å starte med en slik type spørsmål for å bli kjent med pasienten, og dersom en trenger å orientere seg om spesielle ting. Dette er spørsmål som er problemdefinerende og problemavklarende. En er opptatt av årsak-

virkning. Slike spørsmål ligger i kategorien: Hva?, hvem?, hvorfor?, hvordan? Et eksempel kan være: Hvor var du da faren din forsøkte å ta livet sitt?

2.6.5.2 Sirkulære spørsmål.

Berg(2013) hevder at denne type spørsmål stiller en gjerne når en vil sjekke ut om det er forskjeller eller effekt på atferd. Dette er en type spørsmål der den andre parten gjerne må tenke seg litt om før en svarer. En kommer som terapeut i en 2. ordens posisjon, da en forsøker å være ikke-vitende og lar pasienten fortelle. Et eksempel er: Når pappa forsøkte å ta livet sitt. Hvordan reagerte mamma da?

2.6.5.3 Strategiske spørsmål.

Berg(2013) hevder dette er spørsmål som terapeuten stiller når han vil at pasienten selv skal se den løsningen terapeuten ønsker. Det er ofte ledende, eller konfronterende spørsmål som har en påvirkende hensikt. Et eksempel kan være: Jeg ser at drikkingen din går ut over forholdet til barna dine. Har du noen tanker om det?

2.6.5.4 Refleksive spørsmål.

Ifølge Berg(2013) er dette en type spørsmål som også har en påvirkende hensikt, som kan skape endring. Meningen er at terapeuten skal få pasientene til å reflektere over spørsmålet før de svarer. Det kan være hypotetiske spørsmål, eller fremtidsrettede spørsmål. Eksempel på dette er: Hva gjør dere sammen om ett år? Her kommer du som terapeut i en 2. ordens posisjon.

2.6.6 Nettverk.

Seikkula(2000) er opptatt av nettverket rundt pasienten. Et sosialt nettverk er det som gjør at en person kan bevare sin sosiale integritet. Han hevder at et nettverk ikke nødvendigvis bare er familien, men like godt kan være andre som pasienten er i en relasjon til. Det kan altså være en arbeidskamerat som en ser daglig, eller en venn man treffer en gang i blant. Viktige menneskelige relasjoner dannes ikke bare av de som står hverandre nær og en deler alt med. Det kan også være en kompis en bare trener sammen med. Seikkula hevder videre at i psykiatrien har det sosiale nettverket blitt betraktet som en sosial støtte for pasienten, og blir regnet som en buffer mot stress.

Videre hevder han at en god nettverkssentrert arbeidsmåte prøver å påvise potensielle ressurser i pasientens relasjoner ved hjelp av dialog. Nettverket må på banen og det må settes i gang en dialog. Når medlemmer av et nettverk møtes og snakker sammen, kan kanskje ny forståelse komme frem, og det kan skapes nye historier.

3.0 Empiri

I mitt arbeid i en akuttpsykiatrisk avdeling, kommer jeg ofte opp i situasjoner som er utfordrende både for pasientene og meg. Jeg vil her fortelle historien om mine møter med en pasient som er tvangsinnlagt. Jeg velger å kalle henne Hilde. Opplysningene og rammen rundt våre møter er forandret noe for å ivareta anonymiteten. Jeg velger å presentere to forskjellige møter. I første møte satt jeg igjen med spørsmål som: «Hva gikk galt her?», og «Kunne jeg gjort noe annerledes?» I møte nummer to, satt jeg igjen med følelsen av at pasienten hadde fått være med å bestemme mer. Jeg har prøvd å reflektere over hvordan de ulike møtene ble, og hvordan relasjonen mellom Hilde og meg artet seg.

3.1 Hilde

Hilde er en 30 år gammel kvinne. Hun har en rekke innleggelser bak seg. Oftest på tvang. Hun kommer som oftest til avdelingen fordi hun har sluttet med antipsykotisk medisin, og har av den grunn blitt psykotisk igjen. Hennes psykose arter seg på den måten at hun får vrangforestillinger, og hennes stemningsleie blir forhøyet. Hilde blir ofte mistenksom mot personalet, og samarbeidet er utfordrende både for henne og de som skal hjelpe henne. Også denne gangen kommer Hilde på en tvangsparagraf. Hun blir tidlig i prosessen overført til tvang i henhold til PHVL § 3-3, da tidligere erfaring tilsier at hun trenger tid på å bli frisk, og at hun også trenger medisiner.

3.2 1. møte med Hilde.

Hilde er, som sagt, også denne gangen innlagt på tvang da det er mistanke om psykose. Hun oppleves som hektisk og har ulike vrangforestillinger som omhandler kroppslige opplevelser. Hun mener blant annet at ved å dusje og smøre seg med bodylotion fem ganger for dag holder hun demonene på avstand. Pasienten har rom på skjermingsenheten da det er vurdert at hun trenger å skjermes fra for mye stimuli. Pasienten har i løpet av dagen fått ut forskjellige eiendeler fra det låste skapet, som hun ikke har vært villig til å låse inn igjen. Blant annet har hun toalettvesken sin, flere bøker, flere antrekk og 1,5 liter med brus. Ut fra avdelingens retningslinjer for hva som er tillatt å ha på et skjermingsrom, ønsker jeg å få ryddet opp i det jeg ser på som kaos. Jeg tenker også at det å ha så mange ting på rommet, ikke er noen god behandling for Hilde, med tanke på at hun bør skjermes for stimuli i sin psykose/ hektiske atferd.

Jeg kommer inn på rommet til Hilde på starten av vekten. Jeg spør: «Hvorfor har du så mange ting på rommet ditt?» «Derfor», sier Hilde med bestemt stemme. Jeg, på min side, informerer Hilde om at reglene på skjermingsavsnittet må følges, og at det er altfor mange ting på rommet hennes nå. «Jeg *må* få rydde inn i skapet noen av tingene dine, Hilde». Hilde reagerer spontant med å samle sammen alle tingene og ber meg dra til varmere strøk. Da jeg fortsatt insisterer på å få tingene hennes for å låse dem inn i skapet igjen, eskalerer sinnet hennes, og hun kommer mot meg med knyttede hender, og sier «Du kan bare prøve deg». Da jeg føler meg usikker på hva utfallet av situasjonen blir, velger jeg å utløse sikkerhetsalarmen jeg alltid har på. Det kommer umiddelbart flere personale til, og Hilde roper ut sin frustrasjon. «La meg få være i fred». Med såpass mange personale til stede, oppstår det en del usikkerhet i forhold til situasjonen. Noen av personalet som kom til, oppfatter situasjonen som ute av kontroll, og mener beltelegging er på sin plass. Noe som også blir sagt av et personale slik at pasienten hører det. Pasienten blir mer urolig og utagerer på et personale som prøver å nærme seg henne. Resultatet blir beltelegging.

3.3 2. møte med Hilde.

En uke har gått og Hilde er blitt bedre. Hun har fortsatt noen vrangforestillinger som styrer mye av dagen, men hun oppleves ikke som så hektisk lenger. Pasienten har nettopp hatt besøk av sin mor, som har tatt med en bag med diverse eiendeler til henne. Prosedyren er at to personale gjennomgår bagasjen som en sikkerhetsrutine. Da jeg og et mannlig personale kommer for å gjennomgå bagasjen, protesterer Hilde og sier at det ikke blir aktuelt. Jeg spør henne «Hvorfor vil du ikke at vi skal gjennomgå bagasjen?» Hun svarer kort tilbake «Derfor!» Jeg skjønner at jeg ikke får noe utdypende svar ved å spørre så direkte, så jeg velger å bruke en annen innfallsvinkel. «Er der noe spesielt som mor har tatt med til deg, som gjør det vanskelig for deg at vi gjennomgår bagasjen?» «Ja» svarer Hilde. «Det er altfor mye personlige ting der.....dameting og alt mulig annet. Det blir ikke aktuelt at dere får rote i disse tingene». Jeg spør henne litt undrende om hun ser for seg hvordan det hadde vært om vi aldri gikk gjennom sakene til pasientene når de kom, eller fikk bagasje fra familien, slik hun nå fikk. Hun ser lenge på meg og smiler «Ja, da skulle det blitt liv her!» «Jeg vet om en som hadde med seg både kniv og dop når han kom.....men det ble visst oppdaget» «Egentlig er det bra dere sjekker.....Det kan jo gå ut over oss pasientene også, dersom noen har med seg noe de kan skade noen med» Jeg sier meg enig i det, og spør henne videre om der er en måte hun ser for seg kan være akseptabel for

henne. Hun tenker seg om og kommer frem til at om bare jeg blir med, kan det gå greit. Hilde blir møtt på dette, og bagasjen blir gjennomgått. Om enn ikke helt etter rutinene, siden det da skal være to personale.

Hilde finner flere ting i bagen som mor kom med, som hun ønsker å ha på rommet. Blant annet et bilde av henne selv og søsteren da de var små. Det første som slår meg, er at det ikke går, fordi bildet er innrammet i glass og ramme. Etter husreglene kan vi ikke tillate det. Jeg spør Hilde om hva hun tenker på når hun ser dette bildet. «Dette er det kjæreste bildet jeg har. Jeg og søsteren min i en sorgløs barndom. Se så søte og uskyldige vi var da» «Jeg ba mamma ta det med». Jeg skjønner at dette er viktig for Hilde, og lurert på om det er noen mulighet for at hun kan få ha det på rommet. «Jeg sitter her og lurert på hvordan vi skal få det til slik at du kan ha bildet på rommet. Har du noe forslag?» «Tenker du på glasset i rammen?», spør Hilde. Jeg bekrefter dette, og Hilde er rask til å foreslå at bildet kan tas ut av rammen, bare hun får ha det på rommet. Vi blir enige om dette, og Hilde er fornøyd. Da jeg går fra rommet hennes, sier hun «Du er nå ikke så verst allikevel, du» og smiler.

4.0 Diskusjon.

I denne diskusjonsdelen velger jeg å reflektere over begge møtene under ett. Jeg velger først å reflektere over hva det var jeg sa og gjorde i møte med Hilde, og hvordan dette påvirket samspillet mellom henne og meg. Deretter velger jeg å reflektere over hva jeg kunne ha gjort og sagt annerledes, for eventuelt å få et annet resultat. Helt til slutt vil jeg ta med noen tanker om hvordan jeg ser for meg veien videre i samarbeidet mellom Hilde og meg.

4.1 *Hvordan ble møtene med Hilde?*

Allerede fra starten av Hildes innleggelse ser vi her at brukervedvirkningen i stor grad uteblir. Hun har i starten lite hun kan si på det å bli innlagt på tvangsparagraf. Men Hilde kan benytte seg av klageretten når det gjelder innleggelsen. Hun kan klage til kontrollkommisjonen. Jmf. Kapittel 2.1. De tar stilling til om det er juridisk hold i det å holde henne igjen i avdelingen på tvang. Om en kan gå så langt som å kalle klageretten for en form for brukervedvirkning, kan diskuteres.

Hilde hadde allerede et skjermingsvedtak der hun hadde begrensede muligheter til å bevege seg fritt i den øvrige avdelingen. Der er i tillegg strenge regler for hva hun kan ha på rommet. Ifølge helsedirektoratet (jfr. Kapittelet om tvangstiltak) skal slike tiltak begrenses til det som er helt nødvendig. Da det er mange som jobber på en avdeling, blir det også nødvendigvis mange forskjellige tolkninger av hva som er tillatt eller hva Hilde kan ha på rommet. Er det en gjennomtenkt sak, det at Hilde har fått ut så mange ting? Er det brukervedvirkning og miljøterapi som har vært grunnlaget for bestemmelsen om å få ha så mange ting på rommet til tross for husregler og prosedyrer? Slik jeg ser det, kan det være slik. Ofte er det slik at vi møter pasienten på ønsket de har, nettopp fordi tanken er at pasienten skal få en følelse av å bli hørt. Det som kan bli utfordringen, er at det kan bli *for* mange ulike måter å møte Hilde på, nettopp fordi begrepene miljøterapi og brukervedvirkning er så vide og kanskje uklare begrep. Noen av oss personalet kan kanskje bli for snille i vår iver etter å skape en god relasjon. Andre igjen, blir «den stor stygge ulven» fordi en opptrer veldig strengt og rigid i forhold til husregler og prosedyrer. Dette gjenspeiler seg også i kapittelet om brukervedvirkning, der det hevdes at det ofte er uklart hva som ligger i begrepet. Og som det også blir tatt opp i kapittelet om

brukermedvirkning; Det kommer mye an på faglig kompetanse blant personale, når det kommer til hvor mye pasienten får medbestemme. Drar en frem noen av de stikkordene som Bergesen nevner som terapeutiske funksjoner i miljøterapi, kan en undre seg på om det var tatt hensyn til for eksempel *besyttelse* eller *struktur*. Grensesetting ligger i begrepet beskyttelse, men er Hilde blitt grensesatt i sine ønsker om å ha mange ting på rommet? Slik jeg ser det, er det ikke nødvendigvis grensesettingen som er problemet, men hvordan vi møter Hilde...

De etiske dilemmaene står i kø når vi står i en slik situasjon som med Hilde. Klarer vi å gi Hilde den beste faglige behandlingen, OG samtidig ivareta hennes integritet, følelser og behov? Når jeg reflekterer over hvordan jeg møter Hilde i det første møtet, kan jeg ikke si at jeg behandlet henne som en likeverdig, der jeg også tar hensyn til hennes følelser og behov. Jfr. Kapittel om etikk. Jeg var heller der at jeg var hjelper, og hun var pasient, og jeg måtte få gjort jobben min, uten å stille henne spørsmål om hvordan hun så på saken. En kan jo bare forestille seg hvordan Hilde ser på det å ta imot hjelp og støtte. De aller fleste mennesker har behov for å styre livet sitt selv, og en kan forestille seg hvordan det er å måtte forholde seg til de strenge rammene hun har når hun er innlagt.

Det at det hele ender i beltelegging, kjenner jeg også er vanskelig etisk sett. Kanskje var det nødvendig når det gikk så langt at hun gikk til angrep på et personale. Jeg sitter allikevel igjen med tanker om at det kunne vært gjort annerledes, med tanke på hvordan Hilde ble møtt på forhånd. Hvor var den faglige helsehjelpen når vi sto en hel flokk og diskuterte «over hodet» hennes slik at også Hilde fikk med seg det som ble sagt? I mine øyne er det snakk om verdighet og trygghet. Hvor var tryggheten og verdigheten i den situasjonen? Jfr. Kapittelet om etikk. Det å bli beltelagt kan jo også i seg selv gjøre noe med en person. Som Knutzen nevner i kapittelet om hvordan tvang påvirker, kan den krenkelsen som en pasient kan føle ved slike tiltak, være ganske ødeleggende på forskjellige nivå. Både mentalt, fysisk og relasjonelt.

Sett ut fra et systemisk perspektiv, vil jeg si at jeg som helsepersonell er i en 1. ordens posisjon når jeg trer inn i rommet til Hilde i det første møtet. Jeg har en formening om hva som er «riktig behandling». Jeg har en oppfatning av hva som bør være på det rommet, ut fra våre prosedyrer og tidligere erfaringer. Jeg tenker både på sikkerhet og den terapeutiske

behandlingen av Hilde, og legger dette frem for henne uten diskusjon. I følge Siegwarth, blir dette en paternalistisk holdning som kanskje er en noe foreldet måte å tenke på. En «jeg vet best» - holdning, hos meg, legger ikke opp til at Hilde skal få en følelse av å bli møtt med respekt og anerkjennelse, slik det etterlyses i kapitlene om brukervedvirkning og miljøterapi.

Ser vi på Hilde og meg som et system ligger «problemet» i samspillet oss imellom. Vi punktuerer ulikt. Hilde ser kanskje på det å ha så mange ting på rommet som «å få orden i sitt indre kaos», mens jeg ser på alle tingene og tenker: «dette må jo skape kaos hos Hilde». Vi har ulik oppfatning av situasjonen, og dermed blir det problemer i samspillet. (Jmf. Kapittelet om punktuering)

Også i det andre møtet punktuerer vi ulikt. Jeg for min del tenker at bagasjen må gjennomgå så vi ikke kommer opp i farlige situasjoner. Hilde på sin side tenkte kanskje at vi gikk gjennom bagasjen for å snoke i tingene hennes. Problemet dukket først opp fordi vi var i en relasjon til hverandre. (Jmf. Kapittelet om punktuering.)

Ser vi på relasjonen og kommunikasjonen mellom Hilde og meg i det første møtet, kan en vel si at både Hilde og jeg vekslet på å være i en overposisjon. Først kommer jeg inn og sier det jeg gjør på en spesiell måte, og det oppleves nok for Hilde som ganske autoritært og irettesettende. Når Hilde så er uenig med meg, sier hun klart ifra, og bruker kroppsspråket tydelig tilbake. Ved at jeg ble usikker og valgte å tilkalle flere personale, vil jeg tro at jeg hadde et kroppsspråk som forsterket min usikkerhet. Jfr. Kapittelet om kommunikasjon og relasjon. Ved at jeg opptre på en autoritær måte overfor Hilde kan være med på gjøre det ekstra vanskelig å bygge en god relasjon. Konteksten for vår kommunikasjon påvirker også hvordan Hilde opplever situasjonen. Det at hun er på skjernet enhet skaper en situasjon, der hun kan føle at jeg som helsepersonell har makt over henne. Jfr Eide m.fl. i kapittelet om kommunikasjon og relasjon.

I det andre møtet tenker jeg at jeg i starten er i en 1. ordens posisjon, med den klare agendaen at vi må av sikkerhetsmessige årsaker gjennomgå bagasjen til Hilde. Så tenker jeg at jeg går mer over i en 2. ordens posisjon. Jeg gjør et forsøk på å gi Hilde en sjanse til å få forklart seg. Jeg ser allikevel at måten min å stille spørsmål på; «Hvorfor vil du ikke at vi går gjennom tingene dine?», ikke åpner for noen utdypende samtale. Dette skjønner jeg

der og da, og griper muligheten til å vinkle det litt annerledes. Jeg er ute etter å forstå hva som ligger bak det at hun ikke vil at vi skal gjennomgå bagasjen, og da er den sirkulære måten som jeg forsøker meg på mye mer effektiv. Jmf. Kapittel om sirkulære spørsmål. Jeg klarer å kartlegge hva det er som gjør at hun synes det er vanskelig at vi gjennomgår bagasjen ved å spørre henne sirkulært «Er der noe spesielt mor har tatt med til deg som gjør at det blir vanskelig....». Den refleksive måten å spørre henne videre på, kan virke som om det får henne til å reflektere litt over hva som kan skje om ikke sikkerheten blir tatt på alvor, og på den måten kommer hun selv frem til en forståelse for hvorfor vi må gjøre som vi gjør. Det at vi har en samtale på denne måten, der jeg stiller spørsmålene slik jeg gjør, åpner mye mer opp for en dialog. Det at jeg gir Hilde rom for å svare, gir henne kanskje opplevelsen av å bli mer verdsatt og hørt. Dette er noe som stemmer overens med det Siegwarth`s informanter nevner i kapittelet om kommunikasjon og relasjon.

Videre i den situasjonen, er jeg opptatt av å finne ut om hun ser for seg en akseptabel måte vi kan gjennomgå bagasjen hennes på. Jeg opplever, at jeg ved å møte henne på hennes forslag, klarte å skape en tillit som kanskje er forklaringen på at det gikk så bra videre. Hilde satt muligens med en større følelse av å ha fått bestemme. Det at vi snakket og reflekterte rundt temaet, kan kanskje skape en større følelse av å få medvirke, enn om hun bare hadde fått et «ja» på det hun ville ha gjennomført. Jeg tenker dette er det Røknes og Hansen referer til når de snakker om å kommunisere på en hensiktsmessig måte.

Spørsmålet er jo selvfølgelig om det er riktig å gjøre det på den måten som det ble gjort. Det kan selvfølgelig diskuteres ut fra prosedyrer som tilsier at vi skal være to personale. Jeg ser at dette kan skape splid og usikkerhet i personalgruppen, dersom det ikke blir gjennomført likt, og burde kanskje vært klarert på forhånd.

Tar vi for oss seansen der vi samtaler rundt bildet av Hilde og søsteren, føler jeg at resultatet av den samtalen kom greit ut. Hildes ønske ble ivaretatt, og det på en måte hun selv kom frem til. Jeg vil tro det har mye å si for selvfølelsen å få slike opplevelser. Bildet er noe av det kjæreste hun har, og jeg ser for meg den nedverdigheten hun kunne ha følt om jeg hadde sagt nei i den situasjonen.

Tar en et systemisk blikk på situasjonen der mye personale kommer til i det første møtet, kan en si at det blir mye synsing i den situasjonen. Mange kommer med sine erfaringer inn

i en situasjon, og vil ha en løsning på problemet. En ser på Hilde som problemet, og ønsker at hun endrer atferd. Noen mener at beltelegging er måten å få Hilde til å endre atferd på. Maktbalansen i denne situasjonen kan en vel trygt si blir skjevfordelt. Det er stor sannsynlighet at Hilde føler seg i en underposisjon her. At et personale kommenterer at beltelegging må være løsningen, ligger i 1. ordens kybernetikk, der en kommer med konkrete løsninger.

4.2 Hvordan kunne møtene med Hilde ha vært?

Tenker en systemisk ved det første møtet, burde jeg som helsepersonell ha satt meg selv i en 2. ordens posisjon. (Jmf. Kapittelet om 2. ordens kybernetikk.) Slik jeg ser det i etterkant, tenker jeg at jeg burde vært i en så «ikke-vitende» posisjon som mulig når jeg gikk inn til Hilde. Jeg vet helt sikkert ikke alt som har skjedd i forkant av mitt møte med henne, og det er et greit utgangspunkt når en tenker 2. ordens posisjon. Det viktigste i samspillet med Hilde er at vi kommuniserer, og at vi ut fra dialogen kanskje kan skape en endring. Helt nullstilt klarer jeg nok ikke å være, da agendaen min for dialogen med Hilde vil være å få henne til å innse at enkelte ting på rommet må ryddes bort. Der er enkelte sikkerhetsmoment som må tas hensyn til, men der er helt sikkert noe hun kan beholde. Poenget er å møte Hilde på en slik måte at hun får en følelse av å få medbestemmelse i sin egen situasjon.

Systemisk intervjumetodikk sier at dersom jeg hadde satt meg ned med Hilde og fått kartlagt hva som var viktigst for henne å ha på rommet sitt, kunne kanskje samspillet oss imellom ha utviklet seg helt annerledes. Jeg kunne ha spurt Hilde: «Hva er viktigst for deg å ha på rommet?» Med et slikt sirkulært spørsmål ville jeg forhåpentligvis få et mer utfyllende svar, enn når jeg spurte henne mer lineært: «Hvorfor har du så mange ting på rommet?» Det sirkulære spørsmålet kan også gi meg svar på hvorfor hun trenger å ha de ulike tingene. Måten en spør på har stor betydning for hvordan Hilde svarer, og en må være bevisst på hva en er ute etter. Vil en finne ut hva som gjør en forskjell for Hilde, tenker jeg at lineære spørsmål heller stagnerer samtalen enn å åpne den opp.

Når jeg som personal har til hensikt å få bort noen av de tingene som kan være en sikkerhetsrisiko, kan en strategisk måte å spørre henne på være en metode. Da kan Hilde forhåpentligvis selv komme frem til løsningen, selv om det er «mitt ønske». Jeg kan for

eksempel spørre Hilde så enkelt som: «Er det ikke best med kald brus, Hilde?» Hilde ville kanskje da selv komme med forslaget at brusen kunne stå i kjøleskapet.

Ifølge Tømm, bør en stille refleksive spørsmål om en er ute etter å skape endring. Det er da en får pasientene til å reflektere over spørsmålene før de svarer. Jeg kunne ha sagt til Hilde «Hvis du kan se for deg rommet med litt færre ting her. Hvilke tre ting ser du for deg må være her for at du skal ha det ok?» Hilde får da muligheten til å tenke grundig gjennom hva som må til, og jeg som personale får også en forståelse hva som står øverst på listen til Hilde. Ut fra disse opplysningene kan jeg få en ny forståelse på hvordan Hilde tenker. En annen måte å vinkle et refleksivt spørsmål kan være å spørre slik: «Hvordan tror du vi personalet ser for oss at rommet ditt bør se ut?» Når Hilde skal reflektere over dette, kan jeg som personale få frem noen av opplevelsene og følelsene Hilde sitter med i forhold til hvordan vi personale møter henne. Jmf. Eide m.fl og Røknes og Hansen i kapittelet om kommunikasjon og relasjon.

Går vi til den første situasjonen med Hilde, der det etter hvert kommer mye personale til, kan en reflektere over hvordan Hilde ble møtt. Ble hun tatt hensyn til? Hilde gir klar beskjed om at hun ønsker å være i fred. Kunne det ha vært en løsning å bare trekke seg ut og la Hilde få roe seg? Bjørkly skriver om dette med å håndtere aggressive pasienter; at en heller bør ha på plass klare forebyggende tiltak, enn å iverksette tiltak som en følge av atferden. Det som skjer i Hildes tilfelle, er det atferden hennes gjør at tiltak blir satt i verk. Var det på plass en klar plan på forhånd om hvordan Hilde skulle håndteres for å unngå utagering, kunne en muligens ha unngått belteleggingen. I miljøterapien rundt Hilde burde kanskje dette med utagerende atferd vært et punkt å jobbe med, dersom det var en måte Hilde brukte å reagere.

Med tanke på det Husum og Norvoll sier om TMA i kapittelet om forebygging av tvang og tvangstiltak, skulle jeg også ønske vi som personale hadde hatt dette mer i tankene. TMA brukes aktivt på vårt sykehus, og jeg ser nå i ettertid at fokuset var lite rettet mot å forebygge. Vi burde kanskje tenkt oss mer om i forhold til plasseringen av personal, og holde litt avstand til Hilde slik at hun ikke følte seg presset.

En annen ting jeg har tenkt på kan være av betydning er at Hilde får faste personer i personalgruppen å forholde seg til. Jeg ser for meg at en god relasjon lettere lar seg bygge

opp, dersom det er kontinuitet i kontakten. At personalet som er i en gruppe rundt Hilde også får mer kjennskap til henne, skaper også mer forståelse for hennes atferd. En ser helheten, og ikke bare diagnosen. Sist, men ikke minst, kan det å ha en kjent gruppe rundt seg, være det som skal til for å skape nok trygghet til at Hilde ikke utagerer. Dette er noe Bjørgen også nevner i kapittelet om forebygging av tvang og tvangstiltak.

Tar vi utgangspunkt i Bjørkly og det han nevner om mestringstrening i kapittelet om miljøterapi, tenker jeg at der er flere muligheter til å la Hilde mestre. Eksempler på dette er at hun kan få trene i gymsalen, eller at hun får gå tur i nærområdet. I tillegg til mestring, kan slike aktiviteter også bidra til å avlede henne fra å være aggressiv mot personalet.

Med utgangspunkt i 2. ordens posisjon, kunne en kanskje fått en helt annen historie da alle i personalgruppa står rundt Hilde. Alle parter sitter inne med sin ulike oppfatning av situasjonen, og ingen oppfatning blir feil i følge 2. ordens tenking. Kommunikasjonen mellom de ulike aktørene blir viktig her, og det er den som må skape et annet utfall av situasjonen. Jeg som er den som kjenner Hilde godt, kunne for eksempel tatt tak i den uttalelsen som Hilde kom med; «La meg være i fred». Om jeg da hadde spurt Hilde: «Dersom vi trekker oss ut nå. Hvordan kan vi forsikre oss om at du har det bedre?» Kanskje Hilde sier da: «Jeg lover å roe meg ned. Jeg går og tar meg en dusj» Eller jeg kunne ha spurt sirkulært: «Hva er det viktigste for deg for at du skal får det bedre nå?» «At dere går. Jeg vil ta meg en dusj». Hildes psykiske tilstand kan nok være med på å påvirke hvor enkelt det er å komme i posisjon til å stille spørsmål, men hensikten er at hun skal reflektere over det som blir sagt og komme frem til en endring som blir bedre for alle parter.

Når jeg ser tilbake på andre møte, da Hilde og jeg snakker rundt bildet av henne og søsteren, følte jeg at vi hadde fått til noe sammen. I ettertid har jeg tenkt mye på det at jeg lot en gyllen mulighet gå i fra meg til å snakke mer med Hilde om noe som betyr mye for henne. Om jeg hadde fått gjort den seansen om igjen ville jeg latt Hilde få mer tid til å snakke om forholdet til søsteren sin. En ting er at vi kunne ha opparbeidet en relasjon som var bygget på respekt og tillit, og dermed legge et grunnlag for videre samhandling. En annen ting er at jeg kunne få kartlagt litt mer rundt Hilde og hennes nettverk. (Jmf. Kapittelet om kommunikasjon og relasjon)

4.3 Veien videre?

Seikkula er opptatt av nettverket (jmf. kapittelet om nettverk.) I et videre samarbeid med Hilde, ser jeg for meg å få Hildes nettverk på banen. Jeg ser for meg å prøve å få kartlagt hvem det er Hilde har ulike relasjoner til. Hva betyr for eksempel mor for Hilde? Ut fra de opplysningene jeg sitter med ut fra mitt andre møte med Hilde, har jeg også skjönt at hun har en søster som i alle fall har betydd mye for henne tidligere. Dette er noe jeg kan ta tak i og kartlegge. Om Hilde hadde ønsket det, ser jeg for meg at jeg ville ha kalt sammen til et nettverksmøte med de personene Hilde har en relasjon til, og som hun ønsket på møtet. Ikke nødvendigvis for å løse det vi ser på som «problemer», men heller for at de ulike partene skal kunne formidle tanker og følelser rundt et tema som opptar dem. Kanskje dreier det seg om Hildes fungering når hun er hjemme. Tanken er at de da skal få samtale, for kanskje å skape ny forståelse for hverandre.

5.0 Konklusjon.

Etter de ulike møtene med Hilde, ser jeg viktigheten av relasjonen oss imellom, og at samhandlingen blir skapt ut fra de rammene som er satt. Sammenligner vi det første og det andre møtet, tenker jeg at jeg kom bedre ut av det i det andre møtet. Det er nok flere ting som spiller inn, men jeg tenker at hovedforskjellen ligger i hvordan jeg møter Hilde. I det første møtet vil jeg si jeg var en autoritet som tenkte at jeg visste hva som var best for Hilde. Jeg sitter igjen med en følelse av at en slik holdning gjør det vanskelig å bygge en god relasjon. Det at jeg var mer i en 2. ordens posisjon i det andre møtet, og dermed ga Hilde mer rom til å komme med innspill og reflektere rundt det, tror jeg gjorde at Hilde følte seg mer hørt og dermed mer satt pris på. Jeg var mer interessert i hva hun mente om situasjonen, og sammen kom vi frem til noe nytt. Jeg sitter igjen med en sterk overbevisning om at vi som helsearbeidere ikke er ekspertene i en pasients liv, og at det blir desto viktigere å ta med eksperten selv i samarbeidet om pasientens behandling.

En annen faktor er alle skrevne og uskrevne regler som er på en avdeling. Erfaringsmessig tenker jeg det er slik at personalet tolker slike regler vidt forskjellig. Brukermedvirkning blir i mindre grad benyttet jo flere regler en har. Er det da nødvendig å ha så mange regler? Og blir det tatt individuelle hensyn i stor nok grad på skjermingsenheten?

Jeg sitter også igjen med en tanke om at faglig kompetanse spiller en stor rolle i hvordan vi møter pasienten. Dette er noe jeg selv har erfart gjennom utdanning, og spesielt nå under videreutdannelsen. Jeg tenker at en blir mer bevisst på hva en gjør og hvordan, i møte med pasientene. Konklusjonen på dette er at kompetanseheving må på agendaen i helsevesenet generelt. I psykiatrien, og for så vidt ellers i helsevesenet også, ser jeg viktigheten av å ha kunnskap om det å samhandle og alt det innebærer. Uansett diagnose, er det måten en er i relasjon til hverandre som er viktig. Jeg ser for meg at mye av tvangen som blir brukt innen avdelingen kunne ha vært unngått, dersom personalet var mer bevisst hvordan en samhandler.

Det er som Vatne hevder: Endringer må til, og da er det holdninger i relasjonen som må endres!

Det jeg har skrevet i denne oppgaven, har gjort meg mer nysgjerrig. Jeg lurer på hva det er konkret som fører til at pasienter blir utagerende. Det kunne ha vært interessant å funnet ut mer om dette. Jeg ser da for meg en kvalitativ studie, hvor jeg dybdeintervjuer personer som har vært utsatt for tvang, og personalet som sto for tvangen. Det hadde vært interessant å finne ut hvordan de opplevde det å bli utsatt for tvang, eller å ha utøvd tvang. I tillegg; hva mener de var grunnen til at situasjonen eskalerte? Hva kunne ha vært gjort annerledes?

Litteraturliste:

Andresen, Anders J. W. (red) (1998) *Uten fasit- Perspektiver på miljøterapi*. Cappelen Akademiske Forlag. as

Berg, Jogeir. (2013). Pers. komm. i forelesning om *Systemteori og systemisk intervjumetodikk* i Molde, vår 2013.

Bergesen, Åse Undersrud.(2010). *Brukermedvirkning i akuttpsykiatrisk avdeling? En kvalitativ studie*. Master i helse- og sosialfag. 2010.

Bjørgen, Dagfinn et. Al. (2014) *Alternativer til tvang I. Sett fra et bruker- og fagperspektiv*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Bjørkly, Stål.(1997). *Aggressjon og vold: teori, analyse og terapi*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag.

Eide m.fl. (2003). *Fordi vi er mennesker- en bok om samarbeidets etikk*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Gamme, Wenke Iren. (2011). *Brukermedvirkning under skjerming i akuttpsykiatri*. Master i Psykisk helsearbeid, Høgskolen i Oslo, 2011

Haugsgærd, Svein, Per Jensen, m.fl. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse –å forstå, beskrive og behandle*. Oslo Gyldendal, 3. utg.

Helsedirektoratet.no

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Psykisk helsevernloven (1999)* Oslo, MEDLEX norsk helseinformasjon

Husum, Tonje L. Og Reidun Norvoll (2014). *Alternativer til tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Knutzen, Maria (2014). Pers. komm. i forelesning om *tvang og tvangsmidler*. 12. mars 2014.

Myklebust, Kjellaug.(2010). *Brukermedvirkning: Utfordringer og tilnærminger. En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere i to kommuner*. Master i helse og sosialfag.

Nielsen, Geir H. og Anna L. Von Der Lippe. (1993) *Psykoterapi med voksne*. TANO, 1993

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen.(2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utg. Molde, artikkelsamling VIPH

Seikkula, Jaakko. (2000). *Åpne samtaler*. Tano aschehoug.

Siegwarth, Cecilie Walter. (2012). *Bedringsprosesser. Hva kan fremme bedringsprosesser hos innlagte pasienter med psykisk lidelser?* Masteroppgave ved Avdeling for helsefag.

Tomm, Karl. (1989). *Systemisk intervjumetodik: en utvecling av det terapeutiska samtalet*. Molde, Artikkelsamling VIPH.

Vatne, Solfrid. (2008). *Korrigere og anerkjenne- en miljøterapeutisk utfordring i psykisk helsearbeid*. Impuls. Tidsskrift for psykiatri, 3-2008.

Østby, May.(2012). Pers.komm. i forelesningen om *Anvendt etikk* 29.nov 2012 i Molde.